FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série N° 133

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES
DES
COLLECTIONS PURULENTES
PÉRI-UTÉRINES
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. BOREY (PAUL-MARIE-JOSEPH)
NÉ A SAULX (HAUTE-SAONE), LE 19 MARS 1889

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. *Président.*
WEISS, Professeur . . . }
REMY, Agrégé . . . . . } *Juges.*
FAIRISE, Agrégé . . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & Cie
—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 — 2e Série — N° 133

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES DES COLLECTIONS PURULENTES PÉRI-UTÉRINES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. BOREY (PAUL-MARIE-JOSEPH)

NÉ A SAULX (HAUTE-SAONE), LE 19 MARS 1889

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. *Président.*
WEISS, Professeur . . . .
REMY, Agrégé . . . . . *Juges.*
FAIRISE, Agrégé . . . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & Cie

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ✪ ; NICOLAS, ✲, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; M. CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs :

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Cliniq. de chir. infantile et orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
Histologie	M. COLLIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M LUCIEN, ✲, I ✪

Professeurs Adjoints :

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires :

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M PARIS ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. S. REMY, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N ..
Clinique d'électrothérapie	M. N ..

Agrégés en exercice :

MM. S. REMY, A ✪.
MICHEL, I ✪.
RICHON, ✲, I ✪.
ROBERT, I ✪.

MM. BUSQUET, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM THIRY, ✲, I ✪.
J. PARISOT, ✲, A ✪.
FAIRISE, A ✪.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✲, I ✪, FÉVRIER, GO ✲, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
LAMBERT DES CILLEULS, ✲ ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A la Mémoire de mon Grand-Père
le Docteur JEANNEY

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère et a ma Tante
Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance

A ma Sœur

A ma Famille

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

Professeur de Clinique obstétricale et d'accouchements
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REMY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans les lignes qui vont suivre, d'étudier une forme rare des complications qui peuvent survenir au cours de l'accouchement : nous voulons parler de la rupture des collections purulentes péri-utérines, qui, au cours de la grossesse, quelquefois pendant la durée du travail lui-même et bien souvent dans les quelques heures ou quelques jours qui suivent l'accouchement, se rompent subitement, spontanément, pour ainsi dire, sans cause occasionnelle apparente, réelle, bien définie.

C'est ainsi que chez une femme d'apparence normale, sans antécédents pathologiques bien nets, l'accouchement et la délivrance s'étant passés sans incident, se déclarèrent soudain tous les signes d'une péritonite suraiguë, à évolution extrêmement rapide et malheureusement à issue fatale dans la majorité, pour ne pas dire dans la totalité des cas.

On a déjà parlé des ruptures de pyosalpinx entraînant des péritonites, mais ces ruptures, ayant lieu presque spontanément au cours de l'accouchement ou dans les quelques jours qui suivent, ont été très peu étudiées. Le

fait est heureusement assez rare et mérite d'être signalé. La littérature obstétricale en mentionne quelques cas, qui s'échelonnent sur plusieurs années de distance. C'est après en avoir vu un cas, dont nous reproduisons plus loin l'observation *in extenso*, à la Maternité de Nancy, que notre attention a été attirée de ce côté et que, sur l'instigation de M. le professeur Fruhinsholz, nous avons pris ce thème comme sujet de notre thèse inaugurale.

Notre but ici est modeste, et nous n'avons pas la prétention d'enrichir la science d'innovations ou d'idées nouvelles. Nous nous bornerons simplement à exposer les faits de ce genre qui nous sont connus et à essayer de les expliquer dans la mesure du possible. Nous voulons surtout mettre en garde le médecin praticien contre ces accidents qui, bien que rares, peuvent tout de même se présenter et qui, dans ce cas, sont pour lui une désagréable et douloureuse surprise.

Arrivé au terme de nos études médicales — après cinq années consécutives d'interruption — nous sommes heureux que l'usage nous permette de remercier publiquement tous ceux qui, durant notre séjour à la Faculté, furent nos Maîtres dévoués.

Nos remerciements vont tout d'abord à M. le professeur Fruhinsholz qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce travail et nous avoir guidé de ses conseils au cours de son exécution, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous nous rappellerons toujours son enseignement si clair, si précis, et nous nous souviendrons que c'est à lui que nous devons ces notions d'obstétrique, indispensables et utiles à tout médecin praticien.

Que M. le professeur Weiss veuille bien accepter nos vifs sentiments de reconnaissance pour l'amabilité avec

laquelle il a consenti à faire partie de notre Jury et pour le profit que nous avons tiré de ses belles leçons cliniques, si savantes et si pratiques.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Remy et M. le professeur agrégé Fairise, qui ont bien voulu accepter de juger notre thèse et qui ont toujours fait preuve à notre égard de la plus grande bienveillance.

Nous garderons également toujours un profond sentiment de reconnaissance et d'admiration à nos excellents Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy et particulièrement à MM. les professeurs Simon, Haushalter, Frœlich, L. Spillmann, ainsi qu'à MM. les professeurs agrégés Richon, Perrin, dont nous avons suivi avec intérêt les savantes leçons cliniques et le précieux enseignement.

Que M. le professeur agrégé Job, qui a bien voulu nous communiquer une observation personnelle, reçoive ici l'expression de notre gratitude.

Nous adressons à tous nos camarades d'études un affectueux témoignage de sympathie. Que nos excellents amis, les docteurs : Vermelin, qui a bien voulu nous aider de ses conseils pour notre travail, Champion, Lorrain, Guilhou, Bloch, en particulier, soient assurés de notre inaltérable attachement.

Nous nous inclinons enfin respectueusement devant la mémoire des nombreux Camarades de la Faculté, glorieusement tombés pour la France.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET DIVISION

Comme l'indique notre titre, nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire complète des ruptures des collections purulentes voisines ou dépendantes de l'utérus ; cette histoire a déjà été faite et ce serait sortir du cadre de notre sujet d'entreprendre un si long exposé. Nous limiterons donc volontairement notre travail à un petit groupe de faits peu étudiés jusqu'à ce jour, peut-être justement à cause de sa rareté et du peu de fréquence que présentent heureusement ces complications de la grossesse et de l'accouchement.

Sur ce point important, les auteurs sont d'accord avec nous, ainsi qu'en témoignent ces quelques lignes parues dans la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, sous le titre : « Cinq cas de péritonite aiguë généralisée, consécutive à la rupture de pyosalpinx », et signée de Cotte et Charlier.

« Si l'existence d'une appendicite crée pour la malade qui en est atteinte une lésion toujours susceptible de mettre brusquement sa vie en danger par l'apparition d'une péritonite par perforation, il semble bien que cette éventualité ne menace guère les femmes atteintes de pyosalpinx ; la rupture des collections tubaires suppurées en plein péritoine est un fait tellement rare, qu'il est à peine signalé par les auteurs classiques. »

Ainsi donc, les collections suppurées des annexes de l'utérus ne se comportent pas d'une façon analogue aux autres collections intra-abdominales; elles se rompent rarement, et ce mode de terminaison, qui est déjà une rareté, devient presque une exception quand il se produit au cours de l'accouchement ; c'est dire assez l'intérêt qu'il peut y avoir à relater quelques observations de ces cas de rupture et à en étudier l'histoire aussi complète que possible.

Par collections purulentes péri-utérines nous entendons toutes les suppurations des annexes de l'utérus : kystes suppurés de l'ovaire, salpingites suppurées, pyosalpinx et même abcès appendiculaires, qu'il est quelquefois difficile de différencier d'une collection purulente de la trompe utérine droite.

Après avoir donné un aperçu historique de la question, nous étudierons tout d'abord les causes et le mécanisme des ruptures de ces collections, en y comprenant quelques données d'anatomie pathologique ; la symptomatologie et le diagnostic feront l'objet de l'important chapitre suivant; et nous verrons, à ce propos,

que c'est là principalement que gît la difficulté : le diagnostic n'ayant pas été fait en temps opportun dans les trois observations inédites que nous reproduisons ; nous terminerons enfin par un dernier chapitre consacré au pronostic et au traitement, ce dernier étant sous la dépendance directe du diagnostic qui, posé à temps, permet une intervention rapide qui seule peut donner une issue favorable à une complication trop souvent malheureusement mortelle.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les affections utérines et péri-utérines n'ont été qu'imparfaitement connues des Anciens. Il n'y a là d'ailleurs rien qui doive nous surprendre, et si l'on réfléchit à l'état de la science à cette époque, il faut reconnaître que les éléments en étaient trop peu nombreux pour diriger les observateurs de ce temps dans la recherche de la vérité.

Hippocrate mentionne des tumeurs qui surviennent dans les couches ou suites de couches.

Galien parle des abcès de la matrice ; Archigène, qui vivait au IIe siècle, a fait allusion aux abcès péri-utérins, mais toutes ces notions étaient bien vagues, sans indication anatomique ou pathologique bien définie.

Le rôle capital que joue en gynécologie l'inflammation de ce qu'on est convenu d'appeler les annexes de l'utérus n'a été définitivement admis que dans ces dernières années.

Aran et son élève Fridey, en 1858, l'avaient nettement aperçu et indiqué ; mais ces notions importantes formulées par des médecins et dépourvues du contrôle et de la sanction de l'intervention chirurgicale, devaient passer inaperçues.

Grigg, membre de la Société de Gynécologie de Grande-Bretagne, fait, dans la séance du 9 juin 1886, une communication sur « les dangers que font courir les affections des annexes de l'utérus dans les suites de couches ». Il relate plusieurs cas dans lesquels on vit, un certain nombre de jours après l'accouchement, des accidents graves, puis la mort survenir sans qu'il ait été possible sur le vivant d'en déterminer l'origine. Mais l'autopsie révéla des lésions de date ancienne et ignorées qui fournirent l'explication naturelle de ces issues malheureuses : Kystes multiloculaires et suppurés de l'ovaire, abcès anciens et multiples de l'ovaire, pyosalpingites.

Baldy, (*Annales de Gynécologie,* nov. 1887) membre de la Sodiété Obstétricale de Philadelphie, dans la séance du 7 avril 1887, fait une communication sur les relations de la salpingite avec l'état puerpéral et, après avoir exprimé l'avis que la salpingite d'origine puerpérale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, rappelle que des phlegmasies tubaires préexistantes à l'accouchement, mais devenues pour ainsi dire silencieuses, peuvent repasser à l'état aigu sous l'influence de l'état puerpéral.

Le 25 février 1892, paraît un mémoire d'Émile Blanc, de Lyon, dans lequel l'auteur s'attache à montrer l'in-

fluence fâcheuse que les lésions utérines et péri-utérines exercent sur l'évolution de la grossesse et qui peuvent aboutir à des accidents graves : infection puerpérale, péritonite aiguë, suraiguë, consécutive à la rupture ou à l'extension de foyer de pelvi-péritonite de salpingites.

Gosset et Mouchotte, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (1900), rapportent l'observation d'une femme enceinte de trois mois ayant succombé à une péritonite mortelle par irruption dans le péritoine, à travers l'ostium abdominale, du contenu d'une salpingite suppurée.

La même année, Gilles, dans sa thèse inaugurale, signale des cas d'auto-infection post-partum, dus à des lésions inflammatoires utérines et péri-utérines antérieures à la grossesse.

C'est encore dans les *Annales de Gynécologie* (1908) que nous trouvons une communication de Brindeau sur la salpingite et l'avortement. L'auteur rapporte à ce sujet deux observations : la première concerne une femme qui, quelques jours après un avortement, ressentit une douleur abdominale brusque, suivie d'une ascension thermique et d'une vive réaction péritonéale. La laparotomie montra un pyosalpinx rompu et, malgré un drainage abdomino-vaginal, la malade succomba.

Dans le second cas, diagnostiqué hématocèle par rupture de grossesse ectopique, on trouve un énorme pyosalpinx fétide coexistant avec un avortement utérin : mort le lendemain, malgré une hystérectomie avec drainage abdomino-vaginal.

Et Brindeau, de ces deux observations intéressantes, en tire la conclusion suivante :

« 1° La salpingite compliquant la grossesse peut devenir une cause d'accidents graves; elle amène assez facilement l'avortement, très probablement par infection de l'œuf;

« 2° L'avortement, une fois fait, la femme n'est pas à l'abri des complications. Il semble qu'à l'occasion de la plaie utérine, il se produit une nouvelle poussée inflammatoire qui peut provoquer la rupture de la poche. Cette rupture est toujours extrêmement grave. Elle amène la production d'une péritonite septique généralisée qui, comme toutes les péritonites puerpérales, est très grave. Le seul traitement consiste à pratiquer l'hystérectomie le plus rapidement possible avec drainage vaginal. Malheureusement, les cas de guérison ne seront que la grande exception. »

Enfin, à une époque plus rapprochée de nous, dans ces vingt dernières années, plusieurs auteurs ont étudié la question de l'infection puerpérale sous ses différentes formes et ont établi les rapports entre la salpingite et la grossesse (de Vésian, thèse 1902); la grossesse et la blennorragie (Fruhinsholz, thèse 1902) ; la salpingite et la puerpéralité (Clénet, thèse 1906) ; Mary, (thèse 1908), a pris ce sujet comme objet de sa thèse inaugurale et a rapporté une observation personnelle de rupture de pyosalpinx au cours de l'accouchement.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME DES RUPTURES

La plupart des causes des abcès qui se développent dans les annexes de l'utérus ou dans les parties voisines, sont celles des phlegmasies utérines elles-mêmes.

Pour bien comprendre l'étroite solidarité de l'utérus et des trompes, il faut se souvenir que leur origine embryonnaire est commune.

A la fin du second mois de la vie intra-utérine, les canaux de Muller se fusionnent inférieurement pour former l'utérus et le vagin, tandis qu'ils restent distincts dans la partie supérieure et constituent les trompes ; celles-ci ne sont en réalité que le prolongement effilé des cornes utérines ; il y a continuité immédiate entre leurs diverses tuniques, d'où la possibilité d'une

salpingite ascendante consécutive à une métrite, de même qu'il y a une pyélite ascendante consécutive à la cystite invétérée. L'ovaire, relié à la trompe par le ligament tubo-ovarien et en contact presque immédiat avec son pavillon, peut de même facilement être infecté par voisinage ; ces organes sont en outre reliés par des connexions vasculaires et lymphatiques importantes.

Les inflammations de l'utérus sont donc sans contredit la grande source des inflammations des annexes.

Il y a longtemps que Portello a comparé le pavillon de la trompe à l'épididyme et Bernutz (conférences cliniques sur les maladies des femmes, Paris 1888) a nettement formulé l'analogie entre la tubo-ovarite de la femme d'origine blennoragique et l'orchi-epididymite de l'homme. C'est par continuité de tissus, de proche en proche, par la voie de la muqueuse que se fait ordinairement l'infection.

L'infection blennoragique est la cause la plus fréquente de l'inflammation des trompes ; l'infection puerpérale qui succède à un accouchement et surtout à un avortement fait dans des conditions septiques doit également entrer en ligne de compte comme cause d'infection des annexes.

Ainsi donc, au point de vue étiologique, on relève les facteurs usuels des infections génitales de la femme : blennoragie, avortement, métrite ; ces infections originelles remontent parfois, il est vrai, assez loin, ou ont été assez peu bruyantes pour que leur importance pathogénique soit facilement ignorée.

M. le professeur Fruhinsholz, dans sa thèse de doc-

torat (1902), rapporte l'observation d'une femme qui accouche normalement en pleine blennoragie aiguë et qui, cinq semaines après, est prise de phénomènes douloureux utéro-annexiels qui nécessitent la castration ; à l'examen des pièces, on trouve un volumineux pyosalpinx droit contenant du pus liquide ; la paroi du pyosalpinx et les parties avoisinantes du ligament large montrent des abcès dont quelques-uns atteignent la grosseur d'un petit pois ; ces abcès étaient infiltrés de pus et l'analyse y révéla des gonoccoques en abondance.

Ceci posé, nous pouvons nous demander si, pour le cas qui nous intéresse, il n'y a pas contradiction apparente entre ces deux faits : grossesse et salpingite ? En effet, la coexistence de la grossesse et de la salpingite est rare ; nous dirons même plus, il y a incompatibilité entre ces deux faits : grossesse et salpingite. Une salpingite unilatérale, et à plus forte raison une salpingite double sont, dans une certaine mesure, incompatibles avec la grossesse.

En effet, dans les salpingites aiguës purulentes, les franges du pavillon sont agglutinées de manière à fermer l'orifice abdominal, tandis que l'ostium utérinum reste ouvert ; la muqueuse est tomenteuse, grise, les cils vibratiles sont tombés et les cellules de l'épithélium déformées. Le pyosalpinx est l'aboutissant de ces lésions par oblitération de l'ostium utérinum. Dans ces cas de collections enkystées, la grossesse serait impossible si la salpingite était double ; or, Clenet a signalé des observations de double pyosalpinx. Sans vouloir entrer dans les détails d'une discussion à ce sujet, on peut admettre

comme explication qu'au moment de la fécondation, on ne se trouvait en présence que d'une salpingite légère ou d'un pyosalpinx unilatéral ; puis que, par la suite, ces lésions se sont aggravées subitement, comme on le constate souvent, pour aboutir plus tard à la bilatéralité.

En outre, dans les cas où la grossesse est possible, l'influence de la salpingite retentit sur l'évolution de cette dernière ; dans certains cas, la grossesse peut évoluer normalement jusqu'à terme, sans incidents apparents, et ce n'est qu'après que les phénomènes péritonéaux se déclarent, comme dans notre observation nº IV ; dans d'autres cas, la grossesse peut être interrompue et se terminer par un avortement ou par un accouchement prématuré ; ce mode de terminaison est celui signalé par Brindeau dans ses deux observations que nous avons mentionnées antérieurement.

Si l'influence de la salpingite sur la grossesse est indéniable, on ne peut contester à son tour que cette dernière a également un certain retentissement sur l'évolution de l'inflammation salpingienne ; c'est ainsi qu'une salpingite catarrhale qui se draine normalement par la cavité utérine peut devenir kystique, le drainage ayant été interrompu par suite de la grossesse ; cette salpingite kystique, libre d'adhérence au début de la grossesse, a tendance à prolaber vers le cul-de-sac de Douglas et, par conséquent, peut être exposée à des accidents de torsion ; ceci est surtout vrai pour les hydrosalpinx. Il peut se produire enfin une salpingite spontanée au cours de la grossesse.

Patel et Dujol (*Presse Médicale*, août 1919) signalent

un cas de localisation de coli-bacillose qui s'est produit pendant la grossesse au niveau de l'appareil génital lui-même.

Ces deux auteurs rapportent l'observation d'une femme enceinte de deux mois environ, chez laquelle ils pratiquèrent la laparotomie et ensuite l'hystérectomie pour phénomènes péritonéaux graves; après avoir porté le diagnostic de grossesse tubaire rompue, ils trouvèrent dans le Douglas une volumineuse collection remplie d'un liquide purulent à odeur fétide; les deux trompes étaient augmentées de volume et la droite présentait un pyosalpinx de la grosseur d'une noix; les pavillons étaient perméables tous les deux. L'examen bactériologique démontra que l'on était en présence de coli-bacille : pas de gonoccoque.

Les deux auteurs concluent donc à une infection d'origine coli-bacillaire survenue par voie descendante, ayant comme point de départ l'intestin et s'étant fixée sur l'appareil génital.

Ils appuient leur thèse sur les données suivantes : absence de tout antécédent génital chez la femme, apparition brusque des accidents, et semblent accorder le rôle principal à la constipation qui aurait exalté la virulence du coli-bacille intestinal, virulence déjà réveillée par la grossesse, et il se serait produit alors une filtration des bactéries à travers la paroi intestinale, infectant d'abord les trompes, la muqueuse utérine ensuite, et provoquant finalement la mort de l'œuf.

Devant la rareté du fait, et si l'on tient compte de cette particularité : la présence d'un dépôt purulent

dans la caduque, dépôt mentionné par les auteurs, et le manque de précision des renseignements relatifs à l'accident rapporté par la malade, nous pensons qu'il est plus rationnel d'admettre, dans le cas particulier, une infection coli-bacillaire venue du dehors et consécutive à des manœuvres septiques de tentatives d'avortement.

Nous voyons donc que la puerpéralité est souvent l'occasion d'accidents lorsque d'anciennes suppurations pelviennes préexistent.

La femme accouchée est dans une disposition morbide particulière et personne n'ignore avec quelle facilité se réchauffent chez elle de vieux foyers inflammatoires même extra-génitaux. L'accouchement, d'autre part, a pour conséquence un brusque changement dans les rapports des organes pelviens, et on conçoit facilement que des adhérences préservatrices puissent se rompre et des collections annexielles ou péri-annexielles se déverser dans le péritoine.

En effet, au fur et à mesure que l'œuf se développe, l'utérus quitte l'excavation pelvienne pour remonter dans l'abdomen et, par cela même, entraîne et tiraille ses annexes, exerçant des effets identiques sur les poches kystiques qui, accidentellement, l'environnent et gênent sa distension.

L'inflammation tubaire peut donc se propager facilement jusqu'à la séreuse péritonéale, par suite de la rupture de l'une de ces poches par trop comprimées.

Par une conséquence bien naturelle, il est facile de comprendre l'influence funeste que peut avoir l'accou-

chement sur une poche purulente. Les contractions utérines de plus en plus violentes et rapprochées tirent fortement et compriment de même ces collections, et la rupture de leurs parois n'est pas chose impossible, d'où il s'ensuivra une inondation péritonéale.

En règle générale, l'accouchement ou l'avortement évoluent normalement et ce n'est qu'après la délivrance que les accidents éclatent, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent. Quelquefois, certaines manœuvres obstétricales peuvent devenir le point de départ des complications et semblent déclencher le début du processus infectieux. M. le professeur Fruhinsholz rappelle deux cas rapportés par Frankenthal, où « l'accoucheur, chez des femmes atteintes de blennoragie, a, par un emploi défectueux de la méthode de Crédé, comprimé de ses mains les trompes au voisinage de leur insertion, envoyant ainsi du pus dans le péritoine ; il en est résulté une péritonite blennoragique ».

Nous empruntons les données suivantes sur le mécanisme des ruptures, à Lamouroux, qui a fort bien traité ce sujet dans sa thèse inaugurale.

« Deux facteurs interviennent, dit-il, dans la production d'une rupture de pyosalpinx. Ce sont les modifications de la paroi tubaire, d'une part, qui agissent à titre de cause prédisposante, et l'action des divers traumatismes, d'autre part, qui interviennent comme cause occasionnelle.

« Le premier point, démontré par le professeur Delbet dans son *Traité des suppurations pelviennes*, et

repris par Gonsolin dans sa thèse, réduit à néant la théorie de l'éclatement pur et simple, condamné déjà par ce fait que ce ne sont pas les poches les plus volumineuses qui se rompent.

Lejars, dans un article intitulé « Ruptures et perforations pyosalpingiennes », a repris lui aussi cette idée. La théorie toute mécanique, un peu simpliste, de l'éclatement par surdistension, ne saurait trouver ici des applications plus justifiées que pour les autres ruptures de poches liquides intra-abdominales.

« On voit se rompre des kystes de l'ovaire, et l'accident non plus n'est pas exceptionnel ; est-il particulier aux énormes kystes, aux kystes à contenu hypertendu ? et les pyosalpinx gigantesques dont les chirurgiens ont observé des exemples, sont-ils plus exposés à se fissurer et à se perforer que les tumeurs moyennes ou même assez petites enclavées et adhérentes ?

« Non ; l'élément mécanique seul est insuffisant à fournir la raison de l'accident ; il y a autre chose : certaines altérations spéciales de la paroi, d'ordre infectieux ou vasculaire, des ulcérations locales créant des points de moindre résistance, de petits abcès endo-pariétaux, un ramollissement, une infiltration œdémateuse, une friabilité de la membrane enveloppante, qui procèdent d'une poussée récente. »

Ces modifications de la paroi précèdent et déterminent la formation du pus qui, par sa collection lente et progressive, va aboutir à la dilatation de l'organe, alors qu'à l'état normal une injection poussée dans la trompe

la rompt en un même point entre les deux feuillets du méso.

En quoi consistent d'ailleurs ces altérations pariétales? Tantôt ce sont de petits abcès interstitiels par l'intermédiaire desquels la cavité du pyosalpinx va pouvoir s'ouvrir dans le péritoine ; tantôt ce sont de petites ulcérations analogues, par leur forme en cratère, à l'ulcère rond de l'estomac ; tantôt, enfin, il s'agit seulement d'un ramollissement de la paroi, d'une friabilité particulière de la membrane d'enveloppe en rapport vraisemblablement avec une poussée récente.

Ceci posé, l'agent mécanique n'en intervient pas moins, assez souvent du moins, pour achever la besogne de destruction commencée et à titre de cause occasionnelle ; cet agent mécanique peut revêtir des formes multiples ; la traction exercée par les adhérences est sans nul doute à incriminer parfois ; il en est de même de la compression des organes ambiants sous l'effort d'un choc, d'un traumatisme. Un traumatisme plus ou moins bien défini, une chute, un coup sur le ventre se retrouvent de temps en temps dans les jours qui précèdent la rupture. Les observations rapportées sont nombreuses à ce sujet.

L'action du traumatisme n'intervient donc qu'à titre de cause occasionnelle, mais celle-ci est évidente dans la plupart des observations et, en premier lieu, pour ce qui nous occupe ici, il nous faut signaler tout spécialement le travail et le traumatisme de l'accouchement.

Le travail, plus encore que la grossesse, peut être le signal, lui aussi, d'un réveil des lésions inflammatoires

restées parfois jusque-là silencieuses. Les conditions qui pendant la grossesse pouvaient provoquer une exacerbation brusque des phénomènes annexiels ont alors une importance toute particulière, par suite des contractions violentes de l'utérus, des modifications de volume qui suivent l'accouchement et la délivrance, de l'agitation de la femme, des manœuvres de l'accoucheur au moment de l'expulsion de l'enfant et de l'extraction du placenta.

Plus encore pendant le travail que pendant la grossesse, on voit survenir ces accidents graves qui sont la conséquence de l'irruption, dans le péritoine, du contenu septique de la trompe ou de la torsion de son pédicule.

Pendant les suites de couches, on peut voir une lésion annexielle, qui semblait éteinte, se réveiller subitement, non seulement en vertu du coup de fouet qu'elle reçoit du fait de l'accouchement, mais par suite d'une infection nouvelle survenue pendant l'accouchement, ou après.

Pendant la grossesse, souvent après le travail, il est fréquent de voir survenir chez une femme atteinte de salpingite des poussées de pelvi-péritonite dont la cause première, lorsqu'on ignore l'existence d'une salpingite, peut n'être pas toujours soupçonnée.

Cette extension des lésions tubaires au péritoine, dit Clénet, est souvent la conséquence des tiraillements ou des compressions auxquels est soumise la trompe par suite du développement et de l'ascension de l'utérus dans l'abdomen, en même temps que par les contractions utérines. Sous leur influence, se produit une éraillure, une déchirure légère de la poche purulente tubaire

ou des collections péritonéales enkystées qui l'environnent et celles-ci laissent filtrer dans le péritoine une portion de leur contenu septique.

Parfois, c'est une péritonite à grands fracas et rapidement mortelle, si on n'intervient pas en temps utile, qui se déclare. Elle est la conséquence de l'irruption brusque du pus contenu dans le pyosalpinx, soit par rupture de la paroi de la collection purulente, soit par évacuation de son contenu à travers l'ostium abdominale. Cet accident, qui peut se produire également pendant la grossesse, est surtout à craindre pendant le travail où la poche purulente est fortement comprimée et tiraillée par suite des changements de position et de volume de l'utérus, des contractions utérines et abdominales, du passage de la tête à travers la filière pelvienne plus ou moins obstruée par le pyosalpinx et les collections péritonéales qui l'environnent.

Pendant la délivrance, l'expression utérine peut produire la rupture d'un pyosalpinx par un mécanisme analogue (voir l'observation de Frankenthal citée plus haut).

Le plus souvent, il y a inondation péritonéale par rupture totale de la collection. Dans quelques cas, l'évacuation de la poche purulente se fait d'une façon plus lente par expression du liquide septique à travers l'orifice abdominal resté perméable.

Dans l'étiologie du mécanisme, une part est aussi à faire à ces ruptures qui surviennent à la suite de certaines manœuvres abortives. Un fait très curieux de

ce genre est relaté par Chevassu (*Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique de Paris,* 1910) :

Une femme de quarante ans se croyant enceinte, s'était introduit dans l'utérus une longue canule en os ; dans la nuit, elle commença à souffrir du ventre ; elle entre à l'hôpital à midi ; elle est opérée à cinq heures ; température 38,9, pouls mauvais à 130, ventre distendu et douloureux, facies grippé. On pense à une péritonite par perforation utérine. A la laparotomie pratiquée d'urgence, on trouve le ventre plein de pus, il n'y a pas de perforation du vagin ni de l'utérus, mais, sur la trompe gauche, du volume d'une grosse noix, on constate une plaque blanc-jaunâtre et, au centre de cette plaque, un fin pertuis par lequel sourd une goutte de pus. On se contente d'enlever cette trompe, la malade paraissant trop déprimée pour que l'hystérectomie fut possible, et on draine ; la mort se produisit au bout de quatre jours et demi. A l'examen de la trompe, on trouve dans l'épaisseur de sa paroi postérieure, plusieurs petits abcès interstitiels ; l'un deux est rompu au dehors : la petite perforation relevée conduit dans la poche de cet abcès et non dans la cavité tubaire. Et l'on s'explique, ajoute Chevassu, que l'abcès interstitiel ait ainsi éclaté sous les brutales poussées exercées avec l'instrument abortif. A plus forte raison, pendant le travail de l'accouchement, les déchirures salpingiennes peuvent avoir des raisons mécaniques de rupture facile à comprendre.

La perforation siège habituellement sur une des faces péritonéales de la trompe, presque toujours à la partie

moyenne ou externe. Elle peut affecter deux types: le type fissuré et le type ulcéreux; la lésion est alors représentée par une perforation irrégulière ou arrondie en cratère, dont le diamètre va en décroissant de la muqueuse vers la séreuse.

Ce diamètre en est variable, de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de cinquante centimes. En général unique, on a pu cependant en observer de multiples, et Bonney cite un cas de rupture simultanée des deux trompes.

La trompe perforée n'atteint pas en général un très gros volume; le pyosalpinx dépasse rarement le volume du poing. Quant à la cavité tubaire, presque toujours elle ne communique plus avec la cavite utérine: la rétention étant la condition de la salpingite. Il existe cependant des cas tout à fait exceptionnels où la rupture a pu se produire bien que la cavité du pyosalpinx ait communiqué avec l'utérus.

Pour terminer ce chapitre de pathogénie et de mécanisme nous reproduirons, sans les commenter, ces quelques lignes de Blanc qui résument en quelque sorte tout ce chapitre:

Quand il s'agit, dit-il, d'annexites anciennes avec brides et adhérences, la grossesse peut avoir une influence heureuse; mais, si l'annexite est purulente, la grossesse et l'accouchement exercent le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une action néfaste et la rupture de ces poches est très fréquente.

Un fait intéressant à signaler, c'est que, dans un certain nombre de cas, la rupture des collections ne

s'est produite qu'après l'accouchement: soit dans les premiers jours qui suivent, soit même assez longtemps après.

Il est assez difficile de donner une explication de ce fait. Incontestablement la parturition amène des changements notables dans la situation, la forme et le volume des poches purulentes.

Maintenues jusque-là, affaissées par la pression abdominale et celle du contenu de l'utérus, elles se relâchent à nouveau après l'accouchement, et exercent en se dilatant un véritable appel sur les liquides qui imbibent leurs parois.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE
ET
DIAGNOSTIC

Il convient de retenir les allures un peu particulières que revêtent les accidents péritonéaux dans les cas que nous venons d'étudier ; mais avant d'aborder l'étude de la symptomatologie de ces ruptures, il nous semble indispensable de dire quelques mots sur le diagnostic de la salpingite au cours de la grossesse.

Dans les cas de grossesse, au début, ce diagnostic pourra être relativement facile : on se trouvera alors en présence d'un utérus gravide flanqué d'une tumeur salpingienne siégeant soit à droite, soit à gauche ; la seule hypothèse à discuter sera la possibilité d'une grossesse extra-utérine, puisque dans les deux cas nous constaterons un écoulement sanguin ; on soumettra

alors la malade à des examens suivis et répétés de huit jours en huit jours et, dans le cas de diagnostic douteux, on n'hésitera pas à pratiquer un traitement qui sera identique dans les deux cas, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale.

Les antécédents seront bien souvent d'un grand secours : les salpingites présentent ordinairement dans leurs commémoratifs une origine ou gonococcique ou puerpérale.

C'est à la suite d'une fausse couche, par exemple, que la malade est prise de douleurs localisées, qui se calment par le repos, mais s'exagèrent à la moindre fatigue.

L'évolution des salpingites est, du reste, ordinairement aiguë et les symptômes apparaissent du troisième au cinquième jour. Dans un cas signalé par Friedmann, on trouva du pus dans les lochies trente heures après l'accouchement.

Les frissons manquent en général, mais la température monte aux environs de 39°, 39° 5. La malade accuse de la douleur dans le côté atteint, et fléchit la cuisse correspondante pour relâcher ses muscles abdominaux ; mais cette douleur est souvent légère et peut même faire défaut. La pression profonde révèle une certaine sensibilité ; pas de contraction des muscles de l'abdomen ; le toucher vaginal ne révèle rien ou presque rien, car la trompe enflammée est beaucoup trop élevée pour donner lieu de ce côté à des symptômes objectifs ; elle occupe en effet la partie supé-

rieure du petit bassin, et même le grand bassin, par suite de l'hypertrophie de l'utérus.

L'acuité des symptômes dépend en outre des facilités qu'a la trompe de se drainer. A ce point de vue, on peut distinguer trois types classiques (Friedmann : La salpingite puerpérale, *Semaine Médicale*, 1909).

Dans le premier, la trompe étant fermée du côté du péritoine, le pus s'écoule assez largement vers l'utérus et les lochies deviennent purulentes peu de temps après l'accouchement.

Dans le second, les deux extrémités sont oblitérées ; il existe alors une douleur vive et constante, une température élevée ; les lochies sont normales ; la trompe peut se rompre alors dans le péritoine.

Enfin, le troisième type : si l'ostium utérinum seul est oblitéré, le reflux des sécrétions tubaires vers le péritoine peut donner lieu à des symptômes de péritonite.

L'hématocèle peut être confondue avec le pyosalpinx, mais, dans ce cas, les phénomènes hémorragiques qui peuvent accompagner sa rupture remplacent les phénomènes infectieux des salpingites.

Le toucher vaginal décèle, dans le cul-de-sac postérieur, plutôt une sensation d'empâtement que de tension, comme dans l'enkystement d'une masse sanguine ; l'utérus paraît immobilisé au milieu des masses annexielles ; la douleur provoquée au niveau du cul-de-sac postérieur est extrêmement vive, plus vive encore que dans l'hématocèle. Enfin, l'élévation thermique et celle du pouls, qui se font parallèlement au début de l'infection — pour se dissocier dans la période termi-

nale — occupent une place qu'il ne faut pas négliger dans l'examen des symptômes.

Outre l'hématocèle, l'appendice et le foie peuvent être autant de causes d'erreur. On peut dire d'une façon générale que, dans le pyosalpinx, l'hypéresthésie cutanée est moins vive que dans l'appendicite ; que la contracture des muscles de l'abdomen est également moins intense et que la douleur siège moins souvent au point de Mac-Burney ; en outre, dans l'appendicite, on peut constater des vomissements qui font défaut dans la salpingite.

Néanmoins, ce diagnostic n'est pas toujours facile, car, après l'accouchement, trompe et appendice sont fort voisins l'un de l'autre et, de plus, la salpingite du second type, que nous avons décrite, rappelle beaucoup l'attaque appendiculaire.

Quelquefois on a des raisons de penser à une affection siégeant du côté du foie, mais alors la douleur siège à ce niveau avec des irradiations vers l'épigastre et l'ombilic.

Comme on a pu s'en rendre compte, le diagnostic est particulièrement difficile pendant la grossesse ; à ce moment où l'utérus occupant tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'au creux épigastrique, rend la palpation et le toucher des annexes difficiles.

Pendant l'accouchement il devient plus difficile encore ; les contractions douloureuses du travail, les vomissements, le surmenage de la femme peuvent masquer complètement les phénomènes réactionnels dus à la rupture d'une collection tubaire.

Pendant les suites de couches, les mêmes causes d'erreur persistent. Néanmoins, dans ce cas, c'est le plus souvent à l'infection puerpérale que l'on rattachera les phénomènes abdominaux observés et la température élevée de la femme ; on croit naturellement à l'infection puerpérale ou à une infection génitale banale (observations III et IV) qui peut masquer fort malencontreusement la nature exacte des phénomènes et retarder l'intervention.

Cette confusion est assez légitime ; toutefois il convient de remarquer que dans les cas de salpingite l'état général semble moins atteint, et de se souvenir que les accidents d'infection puerpérale n'apparaissent pas, en général, d'une façon aussi précoce que les symptômes péritonéaux.

En résumé de tout ce qui précède, on peut dire que les symptômes que nous venons d'étudier, le mode de début et la marche du processus infectieux, sont ceux d'une péritonite par perforation qui pourrait tout aussi bien reconnaître comme origine une lésion de l'estomac, de l'intestin ou de l'appendice.

Lorsque l'abdomen est ballonné et la palpation très douloureuse, le toucher vaginal ne donne souvent pas beaucoup de renseignements, et seul le passé de la malade peut permettre de rattacher les symptômes à une affection génitale.

Cependant, comme on ne voit ces malades qu'à un stade relativement avancé et que l'on ne possède bien souvent sur leur passé que des notions vagues ou incomplètes, on ne pourra sans doute poser que le diagnostic de péritonite diffuse, qui suffira du reste,

à lui seul, à commander l'intervention ; mais la localisation originelle restera souvent imprécise.

En effet, au cours de l'état puerpéral, le diagnostic n'a jamais été fait dans aucun des cas publiés jusqu'alors.

Toutefois, il semble théoriquement que la chose ne soit pas impossible, à condition de connaître le passé pathologique de la malade (gonorrhée, pertes).

L'apparition des signes de péritonite après le travail, chez une femme que l'on sait porter un pyosalpinx, et qui ne présente pas de pertes fétides — indice d'infection puerpérale — doit faire penser à la possibilité de la rupture ou de la perforation probable d'un foyer suppuré péri-utérin.

D'ailleurs, dans cet ordre d'idée, le professeur Pinard avait déjà soutenu depuis longtemps que les phénomènes de l'accouchement, en dehors de l'infection, étaient incapables de donner une réaction fébrile et, par suite, l'apparition de celle-ci sans autres signes devait faire penser à l'existence d'une complication abdominale.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous venons de voir que le résultat de la rupture d'une collection purulente dans le péritoine était la production d'une péritonite purulente suraiguë.

Dans ces conditions, il est à peine besoin de faire ressortir la gravité toute particulière du pronostic et son dénouement presque fatal.

Mais avant d'aborder la question du traitement, il convient de dire quelques mots sur l'importance toute particulière que peuvent revêtir ces accidents en certaines conditions et, par conséquent, faire place ici à un élément nouveau dont nous n'avions point parlé jusqu'alors : le point de vue médico-légal de la question.

L'issue brusque et fatale de ces complications, survenant parfois d'une façon si rapide que le diagnostic n'a pas été posé à temps, les circonstances de ces morts peuvent paraître en effet assez inexplicables. Si cette

terminaison a été précédée, comme il arrive souvent, d'une intervention de la part du médecin : forceps, curage (voir observations n° 3 et 5) il pourra peut-être venir à l'idée de certaines personnes non compétentes en la matière que le médecin n'est peut-être pas tout à fait étranger à la chose et, de ce fait, incriminer ce dernier comme responsable dans une certaine mesure de l'accident. La responsabilité médicale est alors, à notre avis, engagée plus qu'il ne convient et le médecin, pour se soustraire à cette insinuation et arracher de lui-même et de sa propre conscience ce doute angoissant, pourra alors avoir recours à l'intervention du médecin légiste qui, dûment requis et sollicité par la famille de la malade, sous l'instigation du médecin traitant, devra pratiquer l'autopsie qui, seule, lèvera tous les doutes et fera connaître les causes réelles de cette mort qu'il est parfois difficile d'établir d'une autre manière.

Ce sera, à notre avis, le seul moyen de calmer les inquiétudes, non seulement de l'entourage de la malade, mais du médecin lui-même, qui de la sorte se trouvera soulagé d'un grand poids, certain de n'avoir aucune faute professionnelle à se reprocher et qui sera, par le fait même, mis hors de cause.

Ce petit aperçu médico-légal terminé, nous devons dire quelques mots sur le traitement qu'il convient d'appliquer en pareil cas.

Aujourd'hui, l'accord est complet sur ce point : peu importe de savoir si la péritonite est diffuse ou généralisée ; il n'y a qu'une seule indication formelle, exclusive : l'intervention chirurgicale par la laparotomie.

Dans toutes les perforations viscérales intra-abdominales, la laparotomie immédiate est le meilleur recours ; il en est de même, bien entendu, lors de la rupture endopéritonéale d'un foyer suppuré.

Et cette indication est formelle dans les deux cas : au cours de la grossesse et au cours de l'accouchement.

Toutes les fois qu'on a fait le diagnostic d'une collection purulente en évolution, il faut intervenir quel que soit l'âge de la grossesse ; de même au cours du travail et du post-partum.

Cette intervention comprendra la laparotomie, l'extirpation de la collection suppurée et le drainage ; dans certains cas, on pourra se contenter d'un traitement palliatif, qui consistera en un drainage de la cavité péritonéale par une boutonnière sus-pubienne, complété par des ouvertures et contre-ouvertures dans les régions déclives de l'abdomen.

Pour avoir le plus de chance de succès, cette intervention devra être pratiquée le plus tôt possible.

Déjà, en 1886, Truc, dans sa thèse d'agrégation, disait : « Dans les cas de rupture de tumeur purulente dans l'abdomen, une intervention rapide peut seule donner un résultat favorable. »

La rapidité de l'intervention est, en effet, un des facteurs les plus puissants de la réussite ; chaque heure qui s'écoule enlève des chances de succès ; l'inflammation péritonéale fait en effet des progrès si rapides que, souvent, le chirurgien intervient alors que des lésions irrémédiables se sont déjà produites.

Bonney a montré que sur 20 laparotomies pratiquées

pour de semblables perforations tubaires, au cours des douze premières heures qui suivirent les accidents, il y avait eu 14 guérisons et 6 morts (30 %), alors que la mortalité montait à 80 % dans les opérations pratiquées après 48 heures.

On voit d'ici toute l'importance que peut avoir pour le pronostic une intervention rapide. Elle a aussi d'autres avantages indiscutables : pratiquée assez tôt et alors que la malade a conservé une résistance suffisante, elle peut permettre d'exécuter une besogne complète, autrement dit : de ne pas se contenter d'un drainage pur et simple, mais de procéder à l'ablation annexielle, combinée le plus souvent à l'hystérectomie ; et c'est encore là une condition excellente de guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rupture mortelle d'un pyosalpinx pendant le travail

(J. W. Ros, traduite et extraite de *The Lancet*, février 1906, p. 365). Observation rapportée *in* thèse Mary. Paris 1908.

Le cas suivant est intéressant à plus d'un titre ; les symptômes présentés ne furent point ceux que l'on rencontre habituellement dans les cas de rupture de pyosalpinx, et ceci montre comment, sans la moindre faute commise, un médecin peut être mis en échec dans des circonstances ennuyeuses et pénibles, contre lesquelles il ne pouvait se mettre en garde.

Le mercredi 6 décembre, à 8 h. 30 du soir, je fus appelé auprès d'une femme en travail. La femme, que je voyais pour la première fois, avait l'apparence de la vigueur et de la bonne santé. Elle était mariée depuis dix mois ; elle avait à son service une nourrice au mois.

On me dit que le travail avait commencé le lundi matin, vers 5 heures, et que les membranes s'étaient rompues vers midi le même jour. Les douleurs avaient été vives et fréquentes le mardi et rien d'anormal n'avait été signalé. La malade avait bien pris ses aliments le lundi et le mardi, mais n'avait pas dormi dans la nuit du mardi. La nourrice me dit qu'elle ne

m'avait pas envoyé chercher plus tôt parce qu'elle savait que le premier travail était souvent long.

A 8 heures 45, la malade était pâle et épuisée ; sa température était 98° F. et son pouls battait 120 pulsations à la minute. La présentation était en occipito-antérieur et la tête était engagée dans le détroit du bassin. Le col était largement dilaté.

Vers 8 heures 45 et 9 heures 30, il y eut quatre ou cinq douleurs qui n'eurent aucun effet sur la progression de la tête, si bien que je fis demander de l'aide et, après avoir donné du chloroforme, j'accouchais la malade, avec le forceps, d'un enfant du sexe masculin bien portant, sans autre accident qu'une légère déchirure du périnée, qui fut recousue sur-le-champ. Avant de donner le chloroforme, l'abdomen était mou et non sensible. Il n'y avait eu aucun vomissement, l'utérus se contractait bien et le placenta et les membranes venaient bien complets. On fait un lavage au sublimé à 1 p. 2.000 et, à 11 heures 30 du soir, la malade n'était plus sous le coup de l'anesthésie et se trouva en bonnes conditions. Le jeudi, la mère et l'enfant se portaient bien tous les deux : la mère n'avait pas eu de nausées depuis minuit ; elle avait absorbé un litre de lait chaud, un peu de bouillon et n'avait eu aucune douleur. La température était de 99° F (37°2) ; le pouls 88. Le nouveau-né avait une grosse bosse séro-sanguine, mais était bien constitué.

Le vendredi matin, à 11 heures, je vis de nouveau la mère ; elle avait eu une bonne nuit, mais avait vomi une fois à 10 heures 30 du soir ; elle présentait aussi une assez forte diarrhée.

Le ventre n'était ni tendu, ni ballonné et l'utérus pouvait facilement être palpé ; la température était de 100° F. (37°7), pouls à 96.

A 4 heures de l'après-midi, je vis de nouveau la mère ; elle avait vomi deux fois depuis midi et avait été à la garde-robe quatre fois. Il y eut quelques coliques, mais aucune tension,

aucun ballonnement de l'abdomen. Utérus toujours facile à palper ; langue bonne et humide ; rien dans le thorax d'anormal à l'auscultation. La température était à 99°6 F et le pouls 96. Je donnai un centigramme de morphine par la voie hypodermique et je prescrivis un peu de Brandy sous forme de grog.

A 9 heures 30, la malade était en bon état et ne souffrait plus. Il n'y avait plus de vomissements ni de nouvelles garderobes. La température était de 37° (100° F) et le pouls à 100 pulsations à la minute.

A 3 heures 30, le samedi soir, on m'envoya chercher ; la malade était beaucoup plus mal, elle avait vomi à plusieurs reprises et se plaignait de violentes douleurs dans le ventre. De plus, elle était très affaissée. Elle était nettement *in extremis ;* la température était 98° F et le pouls à 140 : mais l'abdomen n'était ni dur ni ballonné ; il y avait un peu de sensibilité au palper de l'utérus, la langue était propre et humide. Des boules d'eau chaude furent appliquées sur l'abdomen et je donnai, par la voie hypodermique, un centigramme de morphine et deux milligrammes de chlorhydrate de strychnine.

La patiente ne reprit pas le dessus et succomba à 5 heures.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouva environ 30 grammes de sérosité sanglante dans le péricarde et dans chaque cavité pleurale.

Le poumon, le cœur, le cerveau, la rate, le foie, les reins étaient sains.

Par endroits, l'intestin grêle était hypérémié. Autour de l'ovaire gauche et dans le douglas on trouvait un peu de pus floconneux.

L'estomac, le pancréas, l'appendice étaient sains.

Il y avait quelques vieilles adhérences autour de l'ovaire gauche et de la trompe ; l'un et l'autre étaient très congestionnés.

Un peu de pus, épais et jaune, s'échappait de la trompe gauche, qui contenait encore du pus de même nature.

L'utérus était tout à fait normal à l'intérieur.

Je n'ai pu obtenir de renseignements de la part des parents sur la salpingo-ovarite.

OBSERVATION II

Un cas de rupture de pyosalpinx pendant l'accouchement

(Observation rapportée *in* thèse Mary.)

Le 20 mai 1908, vers 2 heures du matin, une jeune fille de 16 ans mettait au monde un enfant à terme, bien portant, présenté par le sommet.

L'accouchement s'était passé de la façon la plus simple et, malgré une exagération des douleurs, rien n'éveillait l'idée d'une complication possible.

La délivrance avait été normale et complète, et l'utérus était bien revenu. Prise sous l'aisselle, la température était de 38°5 le 20 mai au soir ; cette température n'indiquait rien par elle-même, sitôt après l'accouchement, si la femme n'avait accusé du côté droit du ventre une douleur très violente avec des paroxysmes. On pense à des douleurs utérines, à des tranchées, et on fait un traitement symptomatique (cataplasmes laudanisés, etc.).

Le 21 au matin, température 37°5 ; on fait passer la malade à l'isolement, sans vouloir cependant se résoudre à admettre une infection utérine.

La malade se plaint du côté droit, dans la fosse iliaque, et souffre aussitôt qu'on la touche, et cette douleur nous rappelle une hyperesthésie très nette et très bien constatée pendant l'accouchement, quand la main frôlait la paroi abdominale à droite.

On fait tous les diagnostics sans pouvoir s'arrêter à aucun, tant l'idée d'accidents post-partum prend de proportions dans

l'esprit. On fait à la malade un lavage vaginal, et il s'écoule un liquide très sale et très fétide.

A l'examen, on aperçoit une plaque de sphacèle localisée, de la muqueuse, sur le pilier postérieur du vagin, au voisinage de la fourchette.

Le lavage utérin ramène un liquide à peine souillé, sans odeur.

La malade, interrogée à fond, nous raconte qu'il y a deux mois, elle avait été blessée à la vulve par un éclat de vase de nuit en faïence.

La petite plaie s'était très lentement agrandie, puis enfin s'était guérie.

On mit alors la température au compte du sphacèle vaginal. La douleur persistait à droite de l'abdomen et se révélait à la palpation légère et superficielle comme à la palpation profonde. La malade nous avoue qu'elle souffrait ainsi depuis longtemps et qu'elle perdait en blanc.

La langue est rouge et sèche ; pouls à 120.

Le 21, à 2 heures de l'après-midi, température : 40°4.

On pense à la scarlatine, à cause d'une légère angine et de la langue framboisée.

Le 22 au matin, le thermomètre marque 39°.

Etat général encore bon ; pouls à 125. M. le docteur Pareile vérifie avec la curette la cavité utérine et ne ramène aucun résidu placentaire ou membraneux.

Forcé d'admettre une infection vaginale, avec des restrictions, on fait des injections vaginales antiseptiques.

Le 22 au soir, température 38°9 et même état.

Le 23, rien de changé ; température du matin, 39° ; température du soir, 38°7 ; la diarrhée apparaît.

Le 24, même état local ; la malade souffre moins ; la diarrhée est très abondante, fétide ; le ventre est légèrement ballonné, les traits sont un peu tirés ; la malade vomit tout ce qu'elle prend.

Le 25, température du matin 37°4 ; au soir 37°5.

L'état général semble plus mauvais, le pouls bat toujours à 120, les traits sont très tirés, la langue est sèche, la diarrhée s'arrête.

En somme, à part le facies et le pouls, on peut songer à une évolution normale vers le mieux ; mais le 26 au matin, hypothermie.

La malade est très affaiblie, le pouls très rapide, le facies franchement péritonéal ; le ventre, ballonné, est douloureux partout. La langue est très sèche et couverte de fuliginosités, les extrémités sont froides, les vomissements porracés, et la malade meurt la nuit suivante, sans avoir perdu conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, un flot de pus s'écoule, jaune, d'odeur nauséabonde ; le grand épiploon s'étend partout, ecchymotique, adhérent à la paroi antérieure, à l'intestin, à l'utérus.

Après l'avoir détaché de ses adhérences et après avoir évacué le pus dans lequel baignent tous les organes de l'abdomen et du petit bassin, on arrive, par incision latérale de la paroi, pour avoir du jour, sur un paquet d'adhérences occupant toute la fosse iliaque droite.

Déchirées peu à peu et prudemment, on voit s'écouler du pus en grande abondance.

On pense alors à une appendicite, mais l'appendice, détaché peu à peu de la masse adhérente, se montre à peine congestionné. Il était attiré, enveloppé dans les adhérences voisines ; au milieu de celles-ci, grosse comme un boudin, la trompe remonte jusqne sous le cæcum, sur le muscle psoas-iliaque.

A sa partie moyenne, un caillot sanguin obture une déchirure grande comme une pièce de cinquante centimes, d'où s'échappe encore du pus.

La péritonite est due à la rupture d'un pyosalpinx pendant l'accouchement. L'ostium utérinum était fermé, l'abcès était clos par conséquent du côté de l'utérus. L'ostium abdominal

était fermé ; la rupture était entre les deux orifices. La trompe gauche était malade, mais à un degré moindre.

OBSERVATION III

Un cas d'auto-infection post-partum

(Observation inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Fruhinsholz.)

Mme S..., 33, ans, XII-pare.

Antécédents personnels. — A marché à 13 mois. A été réglée à 11 ans, irrégulièrement. Leucorrhée habituelle abondante. Pas d'antécédents spécifiques, ni bacillaires. N'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans.

A déjà eu onze grossesses ; neuf ont été jusqu'à terme ; les accouchements et les suites de couches ont évolué normalement. Deux ont été interrompues prématurément, l'une (3e grossesse) à 3 mois, l'autre (6e grossesse) à 6 mois.

Grossesse actuelle. — Cette femme est actuellement enceinte pour la douzième fois. Elle a eu ses dernières règles finies pour le 18 mai 1902.

Elle répète que les suites de couches antérieures ont toujours été normales, que jamais elle n'a souffert dans le ventre. La grossesse actuelle s'est passée sans incident jusqu'au huitième mois. Dans les six dernières semaines, la malade a ressenti des douleurs abdominales, surtout localisées du côté droit, en même temps qu'elle a souffert d'une diarrhée abondante.

Le 10 février 1903 (à 8 mois 1/2 environ), elle perd les eaux. La diarrhée cesse. La malade continue à travailler comme d'habitude.

Le 12, elle ressent des douleurs. Elle cesse de travailler.

L'accouchement se fait dans la nuit du 13 au 14 ; la malade

est chez elle ; elle est seule au moment de l'expulsion du fœtus ; une sage-femme vient faire la délivrance.

Dans la journée du 14, la femme a des frissons, des nausées, des vomissements ; elle accuse des douleurs vives dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle n'a plus eu de selles depuis le 10. Elle ne rend aucun gaz. A deux reprises, elle perd du sang en assez grande abondance.

Le 15 au soir, la malade est transférée à la Maternité.

On constate que l'état général est mauvais. T. 38°. P. 140.

L'état nauséeux persiste. Pas de gaz ni de selles.

Le ventre est douloureux ; l'utérus encore gros ; la respiration est rapide. L'écoulement lochial est fétide.

On pense à une rétention de débris placentaires, d'autant plus que la femme a eu, la veille, des hémorragies.

On procède au curage digital, qui ramène des débris de membranes absolument putrides. On complète le curage par de grands lavages intra-utérins au permanganate de potasse, et un écouvillonnage de la cavité utérine à l'acide phénique à 50 p. 1000

Le 16, au matin, la température a baissé : 36°8. Le pouls est à 120. Les lochies sont toujours fétides et grisâtres.

L'état général n'est pas amélioré. Pas de gaz ni de selles.

Le ventre reste douloureux ; il est ballonné ; on constate une localisation de symptômes du côté de la fosse iliaque droite ; la palpation y éveille une douleur très vive ; il y a de la submatité à ce niveau et on trouve un empâtement manifeste de toute cette région.

On fait une injection intra-utérine, des lavages vaginaux fréquents. On applique une couche de collodion sur l'abdomen. On pense qu'indépendamment de l'infection puerpérale, il existe une rupture et une collection purulente, appendiculaire ou salpingienne.

Le 17, au matin, l'état infectieux s'est encore accentué. Les téguments ont pris une teinte jaunâtre. La respiration s'est améliorée. La température reste basse, le pouls rapide. Mêmes

symptômes abdominaux. On fait une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum de Marmoreck. On pratique une injection intra-utérine sur le doigt.

Le soir. — Dépression générale plus marquée. Les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen et s'exagèrent par crises. Ballonnement considérable. Pas de gaz, ni de selles.

Le 18, au matin. — Le facies est franchement péritonéal. Ce qui domine, ce sont des douleurs abdominales généralisées, extrêmement vives avec paroxysmes.

Le 19, à 5 heures du matin, la malade succombe.

Autopsie. — Autopsie le 20 février. Putréfaction rapide.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve dans la fosse iliaque droite une sorte de clapier purulent, dont les parois sont formées par le grand epiploon, le cæcum, l'utérus et ses annexes, l'intestin grêle, et recouvertes de fausses membranes déjà solides. Le pus a d'ailleurs fusé dans tout l'abdomen.

Dans ce clapier, on retrouve les débris d'une poche, représentant la trompe droite rompue ; au niveau de la rupture, se trouve un petit caillot gros comme une amande ; le pus baigne tout le reste.

L'appendice, l'intestin grêle et le gros intestin sont sains.

Dans le thorax, congestion des bases des deux poumons ; à la base du poumon gauche, infarctus typique ; dans le lobe moyen droit, on trouve une petite cavité purulente grande comme une noisette.

Le cœur présente des traces d'endocardite ancienne.

Le foie est volumineux et pâle.

Les reins présentent des altérations de néphrite aiguë greffée sur des altérations de néphrite interstitielle chronique.

OBSERVATION IV

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jon.)

M^me^ X..., 35 ans. IV^e^ grossesse.

Antécédents personnels. — N'a jamais souffert du ventre.

Vers le 15 mai, alors que la grossesse datait de 5 mois 1/2 environ, la femme perd du sang sans motif ; l'écoulement dure peu et s'arrête.

Le 24 mai, contractions douloureuses vers 5 heures : pertes sanguines modérées qui s'accentuent vers midi.

Appelé à 13 heures : hémorragie abondante ; pâleur de la face ; baillements ; sensation de la mort prochaine ; état semi-syncopal ; pouls imperceptible à la radiale ; respiration rapide, haletante.

Col souple dilaté entre 2 et 5 francs ; membranes rompues. Petite présentation du siège complet.

En présence de la continuité de l'écoulement sanguin et de l'état général de la malade, je décide d'intervenir.

Sans aucune difficulté ni résistance, en quelques minutes, le col se laisse assez dilater pour abaisser dans le vagin un pied qui se présente ; des tractions lentes permettent l'extraction, sans violence, d'un fœtus de 6 mois 1/2 environ qui a succombé ; la tête a été retenue un instant par le col. L'état général reste le même, l'écoulement sanguin est presque nul et la délivrance, hâtée, est spontanée et complète. Rupture des membranes au niveau des bords placentaires ; revision du col et du segment inférieur ; encoche sur le col n'atteignant pas l'insertion vaginale. On fait une injection intra-utérine ; l'hémorragie s'arrête. Le pouls radial réapparaît, rapide. La femme boit ; pas de douleurs abdominales. La respiration, bruyante, reste très accélérée.

Le 25 mai, facies moins pâle ; la malade se trouve bien, ne souffre pas, mais vomit. Le pouls reste petit, accéléré. L'abdomen, indolore, souple, est un peu ballonné et la respiration garde les mêmes caractères que la veille.

Le 26 mai, au matin, la situation s'est aggravée. Facies grippé, nez pincé. Les vomissements se sont accentués et sont devenus porracés. Arrêt des matières et des gaz.

Aucune douleur, du reste ; la malade n'est tourmentée que par ses vomissements, dont la violence est atténuée par un lavage d'estomac.

Le pouls petit est à 140. Pas de fièvre. Toujours le même rythme respiratoire constant depuis le début. Le ventre, ballonné, est resté souple sans aucune défense de la paroi. Ecoulement lochial normal.

A 16 heures, le pouls n'est plus perçu ; nez froid, et, à 17 heures, la malade succombe en pleine connaissance. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION V

Rupture tubaire au cours de l'accouchement.

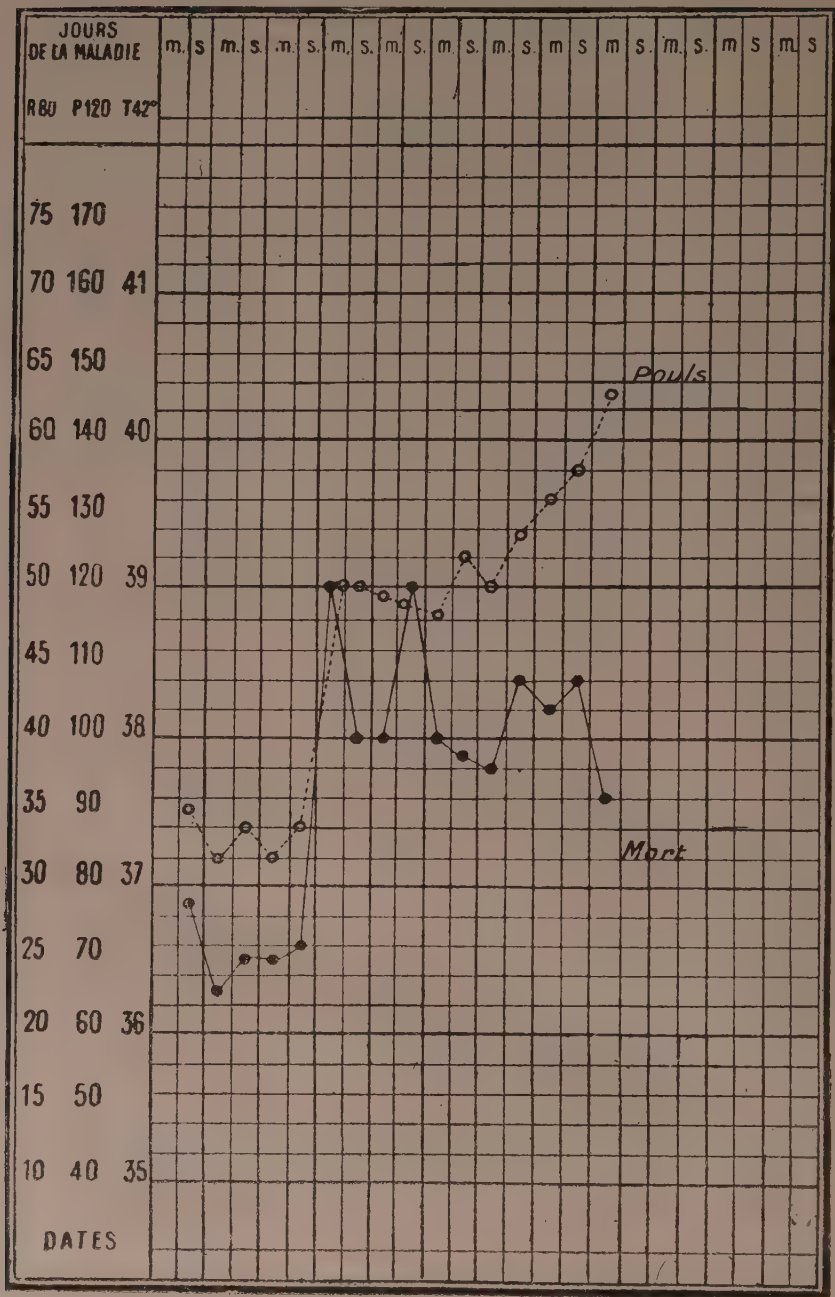
(Observation personnelle. — Clinique d'accouchement de Nancy, mars 1920.)

Primipare. Femme âgée de 21 ans, exerçant la profession de domestique.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte à 53 ans (bronchite), une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, régulièrement ; règles abondantes, non douloureuses, durée : 5 jours ; aucune maladie antérieure.

Feuille de température (OBSERVATION V)



Première grossesse (grossesse actuelle).

Dernières règles fin juin, début de juillet 1919.

Grossesse à évolution normale, incidentée seulement au début par quelques vomissements ; a continué son travail de domestique de culture.

19 mars. — Entre à la Maternité.

Le 22 mars, on constate une hauteur utérine de 31 centimètres, un dos à gauche, les battements fœtaux sont perçus.

27 mars : dos à gauche ; la femme souffre d'une légère bronchite ; on constate une tête qui s'enclave ; diamètre utile 10,5.

Accouchement. — 29 mars : à 5 heures, la malade entre à la salle de travail.

A 8 heures, tête qui s'engage en O. I. G. A. ; col effacé, dilaté comme une petite paume de main ; poche des eaux saillante.

A 9 heures : la femme perd du sang et a des envies de pousser. A l'auscultation, on s'aperçoit que les battements fœtaux ont un rythme lent (80 pulsations à la minute).

Ce ralentissement persiste et a même une tendance à s'accentuer ; le nombre des pulsations oscille entre 60 et 65.

Au toucher, on constate que la dilatation n'est pas tout à fait complète : il ne reste plus qu'une languette de col de un demi-centimètre environ ; la tête est dans l'excavation.

Etant données les indications de souffrance persistante du fœtus, on décide d'intervenir. On rompt les membranes, le liquide s'écoule clair. Les battements ont toujours leur rythme ralenti ; on se résoud à une application de forceps.

Au toucher préalable, la tête est reconnue bien engagée et fléchie, occupant la situation en O. I. G. A. L'application des deux cuillères se fait facilement en pariéto-malaire ; la rotation est complète ; l'extraction se fait sans difficultés.

L'enfant, un garçon de 3.280 gr., est bien coloré et pousse son cri aussitôt après sa naissance. L'auscultation permet de constater que le nombre des battements est passé à 140.

Cinquante minutes après, délivrance normale par traction et expression.

L'orifice vulvaire présente une légère déchirure périnéo-vaginale de la commissure postérieure s'étendant à la base de la petite lèvre gauche, sur une longueur de 4 centimètres ; on rapproche les lèvres de la plaie qu'on maintient par quatre agrafes de Michel et un crin.

30 mars. — Le lendemain matin, température 39° ; la plaie vagino-vulvaire a mauvais aspect ; on remarque la présence de plaques grises ; on enlève toutes les agrafes et le crin ; la plaie étant largement étalée, on fait des injections fréquentes.

1er avril. — Périmétrite : empâtement sus-pubien, peu douloureux à la palpation. La plaie vaginale est encore grise ; on installe un Dakin intermittent ; glace sur le ventre.

2 avril. — Dans la nuit, la femme a deux vomissements bilieux ; dans la journée, diarrhée assez abondante, un peu de météorisme abdominal ; on donne 60cm3 de sérum anti-streptococcique.

3 avril. — État stationnaire (60 cm3 de ce même sérum).

4 avril. — Brusquement, à 13 heures, la femme se plaint de difficultés de respirer : facies péritonéal. A 15 heures, état agonique. A 16 heures, mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide de bouillon sale. L'utérus, gros et flasque, est en situation médiane.

A gauche : on note une adhérence complète de la trompe gauche à l'excavation (adhérences anciennes et nouvelles).

A droite : adhérences anciennes ; la trompe est éclatée, réduite à des lambeaux plus ou moins déchiquetés, friables, qui se détachent facilement ; ovaire un peu gros et mou.

A la coupe de l'utérus, on trouve une cavité normale : aire placentaire bien nette, pas de lésions du col, si ce n'est une légère incision latérale gauche.

Rien à l'appendice.

CONCLUSIONS

Autant qu'il nous est permis de conclure de ces considérations et de ces observations, nous dirons que :

Les cas de rupture de collections purulentes péri-utérines sont heureusement fort rares.

Le mécanisme et l'étiologie de ces ruptures sont expliqués, d'une part, par les lésions de la paroi du pyosalpinx et, d'autre part, par les tiraillements, les compressions, les contractions utérines, en un mot, par le traumatisme de l'accouchement qui intervient comme cause occasionnelle et quelquefois aussi par les manœuvres de l'accoucheur lui-même.

L'existence d'un pyosalpinx pendant la grossesse constitue un danger sérieux pour la femme. Ce danger s'accentue pendant le travail par la menace de rupture intra-péritonéale.

Le diagnostic, très difficile, est rarement fait en temps opportun.

Le pronostic est d'une extrême gravité.

Le traitement, quand il est possible, consiste dans la laparotomie.

De ces conclusions nécessairement brèves, nous soulignerons seulement ces quelques lignes relatives aux accidents possibles du fait de l'accoucheur lui-même. Ce dernier devra, naturellement, être très prudent et n'intervenir qu'à coup sûr et dans toutes les conditions voulues d'aseptie et d'antiseptie ; de cette façon, il n'aura rien à se reprocher en cas d'accidents du genre de ceux que nous venons de rapporter et qui, par leur allure rapidement foudroyante, peuvent paraître à certains yeux inexplicables au point que le médecin légiste sera peut-être susceptible d'intervenir. Ce dernier devra, dans ce cas, être averti de la possibilité de ces morts rapides qui peuvent emporter, par un mal pour ainsi dire mystérieux, des femmes dont la santé était en apparence jusqu'alors à peine ébranlée.

Vu et approuvé :
Nancy, le 26 juin 1920.
Le Président de la Thèse,
FRUHINSHOLZ.

Vu :
Nancy, le 30 juin 1920.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 1er juillet 1920.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Gynécologie, années 1886-1887-1908.

Baldy. — Relations de la salpingite avec l'état puerpéral. (*Annales de Gynécologie*, nov. 1887.)

Béquin. — Etude sur les abcès péri-utérins et leur ouverture spontanée. (Thèse Paris, 1880.)

Blanc. — *Répertoire universel d'Obstétrique et Gynécologie*. (Février 1892.)

— *Revue obstétricale et gynécologique*. (Paris 1892.)

Bouilly. — Société internationale de Gynécologie et de Pédiatrie. (Paris, avril 1900.)

Brindeau. — Société obstétricale de Paris, 1908.

Chevassu. — Péritonite généralisée par rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives. (*Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, janvier 1910.)

Clénet. — Contribution à l'étude de la salpingite dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. (Thèse Paris, 1906.)

Cotte et Charlier. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*. (1907.)

Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme. (Paris, 1891.)

Fruhinsholz. — De la Blennoragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. (Thèse Nancy, 1902.)

— *Revue Médicale de l'Est*, nov. 1903.

Friedmann. — *Semaine médicale*. (1909.)

Gilles. — De l'Auto-infection post-partum due à des lésions inflammatoires utérines et péri-utérines antérieures à la grossesse. (Thèse Nancy, 1900.)

Gonsolin. — Contribution à l'étude des péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx. (Thèse Lyon, 1908.)

Gosset et Mouchotte. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* (1900.)

Grigg. — *Annales de Gynécologie.* (Août 1886.)

Grosse. — *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.* (1911.)

Hauras. — Rupture des pyosalpinx. (Thèse Paris, 1911.)

Krien. — De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle. (Thèse Paris, 1898.)

Lamouroux. — Des péritonites diffuses par rupture des pyosalpinx. (Thèse Paris, 1912.)

Lamugne. — Contribution à l'étude de la rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire. (Thèse Bordeaux, 1899.)

Lejars. — Ruptures et perforations pyosalpingiennes. (*Semaine Médicale,* avril 1911.)

Mary. — Sur un cas de rupture de pyosalpinx pendant l'accouchement. (Thèse Paris, 1908.)

Patel et Dujol. — *Presse Médicale.* (Août 1919.)

Picard. — Contribution à l'étude des ruptures tubaires. (Paris, 1908.)

Pinatzis. — Des salpingites hautes. Formes liées à la puerpéralité. (Thèse Lyon, 1907.)

Pozzi. — *Traité de Gynécologie.*

Ribemont-Dessaignes. — *Précis d'Obstétrique.*

Vésian (de). — Salpingite et grossesse. (Thèse Toulouse, 1902.)

Verjus. — Des abcès des annexes de l'utérus. (Thèse Paris, 1844.)

Vuillième. — Ruptures des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal. (Thèse Paris, 1900.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Chapitre I. — Historiqne	5
Chapitre II. — Définition et division	8
Chapitre III. — Etiologie et Anatomie pathologique	12
Chapitre IV. — Symptomatologie et Diagnostic	26
Chapitre V. — Pronostic et Traitement	32
Observations	37
Conclusions	51
Bibliographie	53